

NÁVRH LÉKAŘE NA ZAŘAZENÍ NA LÉČEBNĚ OZDRAVNÝ POBYT

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. INFORMACE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Telefon:

E-mail:

3. PLÁNOVANÝ TYP POBYTU

VYSOKOHORSKÝ

PŘÍMOŘSKÝ

LÁZEŇSKÝ

IČO pořadající organizace, které budete pobyt hradit:

IČO:

Veškeré vyplněné osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Více informací o jednotlivých zpracováních je k nalezení v uveřejněném „**Informačním memorandu GDPR**“.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem se seznámil(a) s dokumentem „**Informace poskytované zástupci dítěte v souvislosti se zpracováním osobních údajů při realizaci léčebně ozdravného pobytu**“.

Datum:

Podpis zákonného zástupce dítěte:

4. VYPLŇUJE PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST

Stanovená diagnóza (zaškrtněte):

alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené inhalačními alergeny, jež je objektivně laboratorně prokázané, J30

asthma bronchiale, J45

chronická bronchitis, J40 nebo J42

psoriáza všech forem, L40

atopický ekzém, L20

Onemocnění a popis obtíží:

Pravidelně užívané léky (vč. dávkování):

Sezónně užívané léky (vč. dávkování):

Alergie na léky (název léku, projevy):

Alergie na potraviny:

Alergie na jiné látky:

Datum:

Razítko a podpis PLDD:

5. VYPLŇUJE URČENÝ PRACOVNÍK ZP MV ČR

Ověření registrace:

Datum:

Razítko a podpis ZP MV ČR: